FINANCEMENT:
état de situation
et perspectives

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

103-02831/

FINANCEMENT:
état de situation
et perspectives

juin 2000

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36212-8

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

1. BILAN DES ANNÉES 1990

Après des compressions importantes, un retour à la croissance

Entre 1990-1991 et 1999-2000, les dépenses budgétaires du secteur de la santé et des services sociaux sont passées de 11,3 à 14,5 milliards de dollars[1], soit une augmentation totale de 27,9 %. L'évolution des dépenses marque un fort ralentissement si on la compare à celle des années 1980, alors qu'entre 1985-1986 et 1990-1991 seulement, celles-ci avaient crû de 47,4 %. Ce ralentissement est dû au fait que, tout en bénéficiant de près de 50 % de la marge de manœuvre du gouvernement durant les dix dernières années, le secteur de la santé et des services sociaux s'est vu demander de réaliser d'importantes compressions.

Pour la période allant de 1995-1996 à 1998-1999, les efforts budgétaires demandés au secteur de la santé et des services sociaux ont totalisé 1,77 milliard de dollars, dont 980 millions pour le réseau des établissements. Ces efforts budgétaires incluent le non-financement de la croissance des coûts des services existants ainsi que les réductions budgétaires demandées. De plus, le réseau dut réaliser des économies s'élevant à 690 millions afin de répondre à de nouveaux besoins au titre des priorités nationales et régionales. Si l'on tient compte de ce dernier montant, l'effort budgétaire global demandé au secteur s'est élevé à plus de 2,45 milliards au cours de cette période. Il correspond à 18,7 % des crédits accordés au secteur en 1998-1999. Une partie des efforts demandés s'est traduite en déficits budgétaires que le gouvernement a pris en charge. Au cours de cette même période, le gouvernement a réalisé l'atteinte de son objectif de déficit zéro, ce qui a nécessité de la part des autres ministères et organismes des efforts budgétaires considérables de l'ordre de 4,7 milliards de dollars.

En juin 1998, le gouvernement annonçait un réinvestissement de 110 M $ dans la santé et les services sociaux et en mars 1999, il annonçait la fin des compressions ainsi que des réinvestissements de plus de 1,7 milliard de dollars sur deux ans. En conséquence, le secteur sociosanitaire a terminé la décennie, en 1999-2000, avec des ressources se situant à un niveau réel (*i.e.* corrigé de l'inflation) supérieur d'environ 4,9 % à celui de 1990-1991. À la suite des réinvestissements additionnels de 2,7 milliards de dollars (sur deux ans) annoncés au cours de la présentation du budget 2000-2001, le niveau réel des crédits 2000-2001 s'établit à 15,4 milliards de dollars et est supérieur de 13 % à celui des dépenses de 1990-1991.

Sur le plan budgétaire, les années 1990 ont donc permis, essentiellement, d'égaliser de façon temporaire les dépenses globales par la réalisation d'importantes économies. Une fois ces économies réalisées, cependant, la dynamique fondamentale des besoins et des coûts apparaît maintenant de nouveau.

[1] Incluant la prise en charge par le gouvernement du déficit accumulé des établissements en 1999-2000 pour un montant de 462 millions de dollars.

Une érosion constante de la participation fédérale

Uniquement pour la période s'étendant de 1994-1995 à 2000-2001, les coupures annoncées dans les budgets fédéraux depuis 1982 se sont traduites par un manque à gagner cumulatif de 25,7 milliards de dollars pour le Québec, dont 14,7 milliards au seul titre de la santé. La contribution fédérale au financement des programmes sociaux (transferts fiscaux et financiers), même en tenant compte des ajouts consentis par le gouvernement fédéral dans les budgets 1999 et 2000, passera de 32 % des dépenses du Québec en 1984-1985 à 22 % en 2004-2005. Au cours de la même période, les versements en espèces chuteront pour leur part de 23 % à 12 % de ces dépenses.

Les deux derniers budgets fédéraux n'ont présenté aucune solution permanente à ce désengagement. En annonçant dans son budget 2000 le versement en fiducie d'un montant supplémentaire de seulement 600 millions de dollars au Québec, le gouvernement fédéral n'a restauré son financement que pour l'équivalent de trois journées de fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux par année. Ces montants sont en effet applicables pour quatre ans et englobent à la fois la santé, l'éducation post-secondaire et la sécurité du revenu. Il n'y a donc pas de commune mesure entre les investissements récurrents accordés par le gouvernement du Québec dans la santé et les services sociaux et les fiducies mises sur pied par le gouvernement fédéral, qui ne sont que provisoires.

Les coupures successives et les décisions changeantes du gouvernement fédéral ont contribué massivement à éroder le financement du système sociosanitaire au cours des années 1990. Elles ont été dénoncées comme la cause première de la déstabilisation des services dans toutes les provinces. Le gouvernement a dû compenser, à même ses propres fonds, la baisse du financement fédéral.

Une détérioration de la situation financière

Les établissements de santé et de services sociaux ont réalisé au cours des années 1990 des progrès importants au chapitre de la performance en termes d'économies (ex. : réduction des durées de séjour, recours accru aux services ambulatoires, réduction des dépenses d'administration et de soutien). Les gains n'ont toutefois pu compenser entièrement les contraintes budgétaires demandées aux établissements : il en est résulté une importante détérioration de leur situation financière et, en conséquence, le gouvernement a pris en charge les déficits accumulés.

Atteindre et maintenir une saine situation financière est nécessaire pour que les établissements soient en mesure d'offrir les services dont la population a besoin. C'est pourquoi les sommes accordées en 1998-1999 et 1999-2000 comprenaient un montant de 907 millions de dollars devant servir à résorber la dette accumulée du réseau.

Le gouvernement a par la suite décidé, dans son budget 2000-2001, à la fois de prendre en charge le déficit accumulé de 462 millions de dollars du réseau au 31 mars 2000 et d'accroître de façon récurrente, pour un montant de 425 millions de dollars, les bases budgétaires des établissements qui connaissaient un déficit afin de leur permettre de repartir sur le bon pied. De plus, des crédits de développement de 200 millions de dollars

ont été alloués au réseau. Notons que l'ensemble des coûts de croissance de programmes (salaires, inflation, service de dette) ont été financés en 1999-2000 et en 2000-2001. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté à l'Assemblée nationale le projet de loi 107, en vertu duquel un établissement public ne devra plus encourir de déficit à la fin d'une année financière et ne pourra plus contracter d'emprunt pour le paiement de ses dépenses de fonctionnement, sauf avec l'autorisation de la ministre.

Le régime général d'assurance médicaments mis en place en 1997 a également encouru d'importants dépassements, en particulier dans les coûts pour les nouveaux adhérents, qui sont financés par le Fonds de l'assurance médicaments (1,5 million des personnes assurées). Ces dépassements s'expliquent par une hausse du coût brut du régime d'environ 15 % par année, due principalement à une augmentation de la consommation moyenne de médicaments et à l'introduction de nouveaux médicaments à des prix généralement élevés. Une croissance du même ordre est observée dans le programme subventionné au bénéfice des personnes âgées et des prestataires de la sécurité du revenu. Afin d'assurer la viabilité du régime d'assurance médicaments, le gouvernement a, le 11 mai dernier, déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 117, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et la Loi sur la régie de l'assurance maladie du Québec*. Le projet de loi prévoit des rehaussements aux primes maximales applicables au régime d'assurance médicaments, tout en prenant soin de ne pas augmenter la contribution des personnes à faible revenu.

Des dépenses publiques comparables par rapport au PIB

La part des dépenses publiques de santé du Québec par rapport au produit intérieur brut (PIB) a diminué de 6,9 % en 1990 à 6,3 % en 1999, tout en demeurant comparable à la moyenne canadienne. *Vues sous l'angle de la capacité de payer*, les dépenses publiques de santé du Québec – toutes sources de financement confondues – ne paraissent donc pas globalement excessives, en ce sens qu'elles ne représentent pas, comme c'était le cas dans les années 1970 et 1980, une proportion de la richesse collective supérieure à la moyenne des autres provinces. En 1980, les dépenses publiques de santé du Québec représentaient un effort relatif nettement plus élevé qu'au Canada (6,6 % comparativement à 5,5 %). En 1999, par rapport à l'Ontario, les dépenses publiques de santé du Québec accaparent une part plus importante de la richesse collective (6,3 % comparativement à 5,8 %).

Cette conclusion, cependant, ne tient pas compte du partage du prélèvement fiscal nécessaire au financement des dépenses de santé entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec ni de la situation financière globale du gouvernement (ex. : dette accumulée, niveau de la fiscalité, etc.).

Des dépenses publiques par habitant inférieures à celles des autres provinces

Les dépenses publiques de santé par habitant étaient, en 1999, de 11,7 % inférieures à la moyenne canadienne, faisant du Québec la province consacrant à la santé les dépenses publiques les moins élevées par habitant. Cet écart peut s'expliquer en bonne partie par le

fait que la rémunération des médecins et du personnel, dont les coûts représentent environ 80 % des dépenses du secteur, est moins élevée au Québec que dans les autres provinces en raison de la capacité de payer inférieure du Québec.

De plus, les dépenses par habitant ne comparent que la valeur des ressources financières consacrées à la santé. Elles ne tiennent pas compte des différents facteurs qui déterminent la capacité réelle du système à répondre aux besoins de la population (ex. : effectif de médecins et d'infirmières, nombre de lits et de places d'hébergement, etc.). Cet indicateur est donc beaucoup trop imprécis pour permettre de juger du caractère approprié des sommes d'argent consacrées à la santé au Québec, *vues sous l'angle des besoins de la population*.

À cet égard, lorsqu'on le compare, le Québec dispose de ressources humaines et matérielles qui, en termes absolus, le placent en position équivalente pour répondre aux besoins de santé de sa population, si on suppose une répartition et une utilisation équivalentes des ressources.

Une part accessoire des dépenses du secteur public de santé et de services sociaux financées par le privé

En 1999-2000, les coûts bruts de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux étaient financés à concurrence de 9,7 % par diverses sources de revenus déductibles autres que le fonds consolidé du Québec. Cependant, si on exclut certains éléments[2], les contributions privées versées par des citoyens du Québec ont totalisé quelque 7,6 % des dépenses brutes du secteur public de la santé et des services sociaux en 1999-2000[3]. Il est donc inexact d'affirmer, comme on l'entend parfois, que 30 % des dépenses du système de santé et de services sociaux du Québec sont assumées par le secteur privé.

De plus, les contributions privées sont liées à des objectifs non pas de nature privée mais collective et ne sont pas une source d'iniquité. Elles font partie inhérente de la formule de financement du régime public de santé et de services sociaux du Québec.

Une part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé inférieure à la moyenne canadienne

En 1999, la part des dépenses totales de santé (*i.e.* publiques et privées) financée par des sources de revenu privé était de 29,6 % au Québec, comparativement à 24,5 % en 1990.

2. Ex. : les contributions des organismes publics de tierce responsabilité du Québec pour le transport ambulancier (SAAQ) et pour les services médicaux aux accidentés du travail (CSST) de même que les revenus des établissements provenant de la facturation aux résidents des autres provinces et aux résidents étrangers.

3. Les contributions proprement privées au régime public versées par des Québécois sont essentiellement les contributions des adultes hébergés et les suppléments de chambres privées et semi-privées dans les établissements, les primes et les contributions des usagers pour les services pharmaceutiques ainsi que la tarification des usagers du transport ambulancier.

Les dépenses totales de santé ainsi définies excluent les services sociaux et sont indépendantes du caractère public ou privé de leur *producteur*[4].

Le groupe de travail sur la place du secteur privé dans la santé, présidé par monsieur Roland Arpin, a conclu que l'évolution de ce ratio au cours des années 1990 peut s'expliquer par le ralentissement accentué des dépenses publiques de santé pendant que les dépenses privées de santé continuaient à croître, bien qu'à un rythme ralenti. En ce qui concerne les contributions et les tarifs fixés par le gouvernement au cours des années 1990 (ex. : assurance médicaments, contributions des adultes hébergés), ils ont été jugés nécessaires au financement des services *publics* et ont été appliqués de façon équitable, en tenant compte de la capacité de payer des bénéficiaires.

Par ailleurs, certains services médicaux ou chirurgicaux assurés par le régime public sont aujourd'hui offerts sur le marché (ex. : services de laboratoire, traitement de la cataracte). Toute proportion gardée, l'importance des dépenses privées pour ces services demeure cependant très marginale (moins de 1 %).

Sur une base comparative, les dépenses privées de santé au Québec représentent 725 $ par habitant en 1999, soit 15,4 % de moins que la moyenne canadienne et 28,5 % de moins qu'en Ontario. Au Canada, seuls les Terre-Neuviens effectuent des dépenses privées de santé inférieures à celles des Québécois (603 $).

Des principes fondamentaux préservés, des inquiétudes quant à l'avenir du système

Globalement, le bilan budgétaire et financier des années 1990 atteste que le secteur de la santé et des services sociaux du Québec a réussi à maîtriser ses dépenses, compte tenu de la dynamique fondamentale des besoins de la population, et que, malgré le contexte difficile, le gouvernement a accordé au financement de ce secteur une haute priorité.

Lorsqu'il s'agit de faire le bilan sur le plan budgétaire et financier, on doit également verser au dossier que les efforts des années 1990 ont pour l'essentiel porté fruit, en ce sens qu'ils ont permis de maintenir les principes fondamentaux du système en dépit du désengagement accéléré de la participation fédérale. On doit aussi retenir qu'ils ont permis de préserver l'avenir menacé du système en contribuant à assainir les finances publiques du Québec, qui demeurent de loin la principale source de financement de ce système.

Les Québécois reconnaissent aujourd'hui que les efforts budgétaires des années 1990 étaient nécessaires pour sauvegarder le système. Cependant devant l'accroissement des besoins, l'accessibilité des services sociaux et de santé demeure au cœur de leurs préoccupations.

---

[4]. En effet, les dépenses privées de santé comprennent notamment les tarifs payés par des particuliers, directement ou par l'entremise de leur assurance collective, pour des services donnés par les établissements publics (ex. : chambres privées) ou dans le cadre d'un programme public (ex. : assurance médicaments). Elles excluent cependant les dépenses pour des services donnés par le privé mais financés par les fonds publics (cabinets privés de médecins, subventions aux organismes communautaires, etc.). Le caractère public ou privé du financement est donc indépendant de celui de la production des services.

2. PERSPECTIVES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES

Des réinvestissements majeurs pour 2000-2001

Afin d'accélérer la consolidation du système, les réinvestissements de 2,7 milliards de dollars consentis par le gouvernement dans la santé et les services sociaux cette année visent trois objectifs à court terme.

Ils permettent d'abord de **liquider l'hypothèque du passé**. Grâce aux subventions accordées aux établissements qui connaissaient un déficit en 1999-2000, le réseau amorce l'exercice 2000-2001 libéré de toute dette accumulée. Ils permettent également de **répondre aux besoins du présent et d'assurer l'avenir**. Par l'augmentation du financement des établissements en déficit, ceux-ci peuvent bénéficier d'une situation financière plus solide pour répondre aux besoins de la population. Enfin, ils permettront d'**améliorer l'accessibilité aux services ainsi que leur qualité**. Les crédits additionnels alloués pour faire face aux besoins des usagers prioritaires ainsi que pour acheter des équipements médicaux permettront de traiter plus de patients avec des soins de la meilleure qualité.

Sur le plan budgétaire et financier, ces réinvestissements, auxquels s'ajouteront les hausses salariales liées au renouvellement des conventions collectives avec les employés de l'Etat, auront comme effet d'accroître le **niveau** des dépenses de santé et de services sociaux que le Québec devra financer au cours des prochaines années.

À l'horizon : une dynamique d'accélération de la croissance des dépenses

La grande préoccupation pour l'avenir vient toutefois de la perspective d'une accélération de la croissance des dépenses de santé et de services sociaux. Ces pressions proviendront principalement des changements démographiques et des progrès technologiques.

Les changements démographiques

Si tous les pays industrialisés doivent affronter la même réalité, le vieillissement de la population sera plus rapide au Québec et les conséquences plus profondes, et ce, dès la fin de la prochaine décennie, quand la génération du *baby-boom* atteindra 65 ans.
Alors que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans s'établit à environ 1 000 000 au Québec, on prévoit qu'il s'élèvera aux alentours de 1 475 000 dans quinze ans, soit une augmentation de 47 %. Les personnes âgées de 85 ans ou plus seront alors 75 % plus nombreuses qu'aujourd'hui. Le Québec est l'une des sociétés qui subiront le vieillissement démographique le plus rapide parmi les pays industrialisés.

On estime que les seuls changements démographiques pourraient faire augmenter de moitié d'ici 25 ans et faire doubler d'ici 50 ans les dépenses de santé et de services sociaux, en dollars constants. Le niveau maximal des dépenses pourrait être atteint aux environs de l'année 2046, alors que le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus atteindra son point culminant. L'effet des changements démographiques sur les dépenses

sociosanitaires pourrait, selon certaines projections, faire augmenter ces dépenses de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle.

Le vieillissement de la population alourdira le fardeau financier qu'auront à supporter les générations montantes. Au moment où les générations du *baby-boom* basculeront dans le groupe des 65 ans ou plus, la population d'âge actif (de 20 à 64 ans) diminuera considérablement, ce qui fera augmenter le *rapport de dépendance*. Concrètement, cela signifie qu'alors que chaque personne âgée de 65 ans ou plus est présentement soutenue financièrement par près de 5 personnes en âge de travailler, elle ne le sera plus que par environ 3,8 personnes dans 10 ans et par environ 2 dans 25 ans.

L'état de santé des *baby-boomers* s'est considérablement amélioré par rapport à celui des générations qui les ont précédés. De plus, les personnes âgées financeront elles-mêmes en partie l'accroissement prévisible des dépenses publiques de santé et de services sociaux, par le biais de la fiscalité. Ces facteurs pourraient venir retarder la croissance des dépenses et atténuer ses effets. Tant sur le plan du financement du régime que sur celui de l'organisation des services, on ne pourra cependant éviter les conséquences importantes du vieillissement de la population.

L'évolution de la technologie et de la pratique

Les nouvelles générations de médicaments et l'imagerie médicale, entre autres, ont permis d'améliorer les soins tout en réduisant les **coûts unitaires** de nombreux traitements (ex. : durées de séjour hospitalier écourtées). Cependant, les nouvelles technologies permettent d'accroître le nombre de patients traités, notamment parce que l'on peut offrir des traitements à des personnes qui ne pouvaient être soignées auparavant. En chirurgie cardiaque, par exemple, il se faisait, il y a quelques années seulement, très peu de pontages coronariens pour des patients âgés de plus 70 ans. Avec les nouvelles technologies, ces opérations sont aujourd'hui courantes.

Résultat : les économies de coûts unitaires découlant de l'utilisation des nouvelles technologies sont généralement annulées par des coûts supplémentaires importants dus aux effets du nombre, occasionnant une augmentation nette des **dépenses totales** de santé. L'évolution de la technologie et de la pratique est aujourd'hui considérée par de nombreux auteurs comme étant la principale source de croissance des coûts de la santé, plus importante que les changements démographiques.

Si les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux ont pu être maîtrisées au cours des années 1990, tout indique donc que les forces sous-jacentes à l'offre et à la demande se conjugueront au cours des années à venir pour accélérer la dynamique de croissance des dépenses. Globalement, il paraît réaliste d'évaluer entre 3 %[5] et 3,5 % annuellement en dollars constants (ou entre 5 %[6] et 5,5 % en dollars courants) les

[5]. Cette hypothèse minimale évalue à environ 1,5 % l'effet des changements démographiques et à 1,5 % celui des progrès technologiques, sans compter l'effet des autres facteurs non quantifiables, tel l'élévation des attentes.

[6]. Cette hypothèse minimale suppose une augmentation générale des prix et des salaires égale à une évolution de l'IPC de 2 % ; elle suppose donc implicitement une augmentation du coût de la rémunération (incluant les coûts d'avancement d'échelon salarial) ainsi que du coût des dépenses non salariales de l'ordre de 2 %.

pressions structurelles qui pourraient s'exercer sur les dépenses de santé et de services sociaux au cours de la prochaine décennie.

Une situation intenable

Tout indique que le rythme de croissance structurelle des besoins de santé excède le potentiel de croissance à long terme de l'économie du Québec, qui pourrait être de l'ordre de 2 % annuellement, en moyenne, d'ici l'année 2010[7]. Cela paraît d'autant plus probable que le gouvernement devra réduire davantage le fardeau fiscal des Québécois, qui demeure parmi les plus élevés en Amérique. La réduction du fardeau de la dette est également appelée à figurer parmi les priorités collectives au cours des années à venir. On doit aussi tenir compte de la nécessité de pourvoir aux autres besoins prioritaires des Québécoises et des Québécois.

À moyen et à long terme, l'accélération des dépenses pourrait donc dépasser notre capacité collective de payer pour des services sociaux et de santé. À titre d'illustration, un écart de 1 % à 1,5 % annuellement entre l'évolution tendancielle de l'économie et la croissance structurelle des dépenses du secteur sociosanitaire (*i.e.* 3 % ou 3,5 %, moins 2 %) pourrait représenter, dans 10 ans, un montant variant entre 2,2 et 3,3 milliards de dollars.

Sans ajustements préventifs, cette situation pourrait remettre en cause la capacité des services sociaux et de santé à répondre aux besoins croissants de la population. Elle pourrait également mettre à l'épreuve l'équité entre les générations.

Dans ce contexte, il s'impose que l'on s'interroge sur la capacité de l'État à continuer à financer le système de santé et de services sociaux selon les modalités actuelles et sur le niveau de taxation ou de contribution que les citoyens sont prêts à accepter à cette fin.

3. SORTIR DE L'IMPASSE

Le système de santé et de services sociaux souffre d'un important problème de financement : le gouvernement fédéral accumule les surplus budgétaires pendant que les provinces doivent en supporter les coûts toujours plus élevés. Le système se voit fortement pressuré par le vieillissement accéléré de la population et par les progrès incessants de la technologie, qui ajoutent chaque année un « tour de vis » supplémentaire.

Pour dégager le système public de santé et de services sociaux de la tenaille dans laquelle il se trouve, des solutions sur le seul plan du financement ne sauraient cependant suffire. L'avenir du système semble plutôt passer par un *nouvel équilibre* à trouver, portant à la fois sur une adaptation de la formule actuelle de financement du régime, sur une révision des dépenses et du cadre de financement du secteur sociosanitaire, sur une révision des modalités d'allocation des ressources et des modes de rémunération ainsi que sur une

7. Information provenant du ministère des Finances du Québec.

révision de l'organisation des services afin de rendre ces derniers davantage intégrés et accessibles et de les produire à moindre coût.

Adapter la formule de financement du régime public de santé et de services sociaux, tout en préservant l'intégrité de ce régime

On ne pourrait résoudre une impasse comme celle que doit affronter le système sans réexaminer les choix collectifs à l'origine de l'équilibre actuel entre le secteur public et le secteur privé dans le financement de la santé et des services sociaux. Avant de dégager des pistes d'orientation, on doit s'interroger sur des questions fondamentales telles que la capacité collective de financer le système public de santé et de services sociaux, l'étendue des services que l'État doit continuer de financer ainsi que l'augmentation de la taxation que la population est prête à accepter à cette fin.

Réviser les dépenses et le cadre de financement

Trouver un nouvel équilibre entre les dépenses et le financement *global* du secteur semble imposer des choix axés sur quatre grands types d'intervention, visant respectivement :

- à réduire le *niveau* de dépenses non essentielles ou non prioritaires ;
- à ralentir la *dynamique* des dépenses ayant un potentiel de croissance élevé ;
- à instaurer un financement public stable et prévisible ainsi qu'un partage équitable ;
- à mettre en place éventuellement un nouveau cadre budgétaire et financier pour le secteur de la santé et des services sociaux.

Améliorer les modalités d'allocation des ressources et les modes de rémunération

Pour répondre aux besoins quasi illimités avec des ressources limitées, le système doit s'assurer que celles-ci sont réparties et utilisées le plus efficacement possible. Trouver un nouvel équilibre entre les dépenses et le financement *local et régional* du réseau paraît exiger :

- pour les établissements : la correction des carences distributives de la méthode de reconduction historique des budgets par une prise en compte des besoins relatifs de la population qu'ils desservent ainsi que de leur performance économique ;
- pour les régies régionales : l'implantation d'une gestion responsable axée sur des objectifs de résultats ;
- pour les ressources humaines : une adaptation des modes de rémunération des médecins et de certaines clauses des conventions collectives des salariés aux besoins d'une organisation intégrée des services et du travail.

Produire les services à moindre coût

L'organisation des services et l'organisation du travail doivent faire en sorte que les services sont rendus de façon moins coûteuse. Parmi les pistes d'action envisageables, mentionnons celles qui permettraient :

- de faire une meilleure utilisation des compétences et des ressources humaines disponibles ;
- d'obtenir une meilleure complémentarité du secteur privé (les particuliers, le secteur communautaire et les entreprises) dans la production des services publics.

Le *statu quo*, sur le plan du financement comme sur celui de l'organisation des services, ne pourrait être longtemps maintenu. Pour l'éclairer sur les voies à privilégier, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, a annoncé la mise sur pied de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Cette commission a reçu le mandat de tenir un débat public portant sur les défis qui se posent au système public de santé et de services sociaux du Québec et sur les avenues de solution pour y faire face. L'objectif central de ce débat est de recueillir le point de vue de la population, des partenaires du réseau et des organisations représentatives des divers courants au sein de la société ainsi que de spécialistes sur des questions soulevées par la Commission.

Au terme de ses travaux, elle devra soumettre au gouvernement des pistes de solutions pour assurer la pérennité du système public de santé et de services sociaux.

Il est à espérer que le présent document d'information pourra être utile aux discussions sur l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec, en permettant de mieux cerner le chemin parcouru au cours des années 1990 ainsi que les principaux défis qui se posent pour les prochaines années, sur le plan budgétaire et financier.

Autres documents déjà publiés et disponibles à la section **documentation** sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est: **www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

www.msss.gouv.qc.ca

00-106-5F

FUNDING:
current situation
and outlook

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

FUNDING:
current situation
and outlook

june 2000

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Produced by:
The Direction des communications of the ministère de la Santé et des Services sociaux

Send your order by fax to: **(418) 644-4574**

Or by e-mail to: **communications@msss.gouv.qc.ca**

Or by mail to: **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

This document may be consulted in the **documentation section of** the ministère de la Santé et des Services sociaux Web site at www.msss.gouv.qc.ca

Legal deposit
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36253-5

© Gouvernement du Québec

Reproduction of this document in whole or in part is authorized, as long as the source is mentioned.

1. THE 1990s: RESULTS

Major cuts followed by a return to growth

Between 1990-1991 and 1999-2000, budgetary spending in the health and social services sector rose from $11.3 to $14.5 billion,[1] an increase of 27.9%. This rate of increase is significantly slower than in the 1980s, when between 1985-1986 and 1990-1991 alone, spending jumped 47.4%. This slowdown is attributable to the fact that, although the health and social services sector was allocated almost 50% of the government's manoeuvring room over the last ten years, it was required to carry out significant cutbacks.

For the period from 1995-1996 to 1998-1999, the health and social services sector made a total budget effort of $1.77 billion, including $980 million for network institutions. This effort included the non-funding of increases in the cost of existing services as well as the requested budget cutbacks In addition, the network had to achieve savings of $690 million to meet new needs in terms of national and regional priorities. Including the latter amount, the sector's overall budget effort exceeded $2.45 billion during this period, corresponding to 18.7% of the sector's funding in 1998-1999. Part of the effort required resulted in budget deficits for which the government then assumed responsibility. During that same period, the government reached its zero-deficit objective, which meant that a substantial budget effort of $4.7 billion was required of the other departments and agencies.

In June 1998, the government announced the reinvestment of $110 million in health and social services and, in March 1999, it announced that the cutbacks were over and that more than $1.7 billion would be reinvested over two years. Consequently, the sector ended the decade, in 1999-2000, with resources in real terms, i.e. adjusted for inflation, about 4.9% greater than in 1990-1991. With the additional reinvestment of $2.7 billion over two years announced in the 2000-2001 budget, funding for 2000-2001 in real terms is $15.4 billion, 13% above spending for 1990-1991.

At the budgetary level, the 1990s were essentially a decade during which overall spending was temporarily brought into balance by achieving significant savings. However, once these savings were achieved, the basic dynamics of needs and costs re-surfaced.

Constant erosion of federal participation

For the period from 1994-1995 to 2000-2001, the cuts announced in federal budgets since 1982 produced a cumulative revenue shortfall of $25.7 billion for Québec, including $14.7 billion for health alone. The federal contribution to social programs

[1] Excluding the government's assumption of responsibility for the accumulated deficit of institutions in 1999-2000.

funding (tax and cash transfers), even allowing for the extra funds allocated by the federal government in the 1999 and 2000 budgets, will fall from 32% of Québec's spending in 1984-1985 to 22% in 2004-2005. Over the same period, cash payments will plunge from 23% to 12% of such spending.

The last two federal budgets have offered no permanent solution to this disengagement. With the announcement in its 2000 budget of the payment in trust of an additional amount of only $600 million for Québec, the federal government has restored funding for the equivalent of only three days' operation of the health and social services network per year. These amounts are applicable for four years and encompass health, post-secondary education and income security. Accordingly, there is no comparison between the recurring investments made by the Québec government in health and social services and the trust accounts set up, on a provisional basis, by the federal government.

The federal government's successive cuts and changing decisions had a huge impact on the erosion of funding of the health and social services sector during the 1990s. They have been decried as the primary cause of the destabilization of services in all provinces. The government had to compensate for the drop in federal funding out of its own pocket.

Deteriorating financial situation

During the 1990s, health and social services institutions made substantial progress in terms of savings performance (e.g.: shortened length of stay, increased use of ambulatory care units, reduced administrative and support expenses). However, these gains were not enough to fully offset the budgetary constraints institutions were faced with: the result was a major deterioration in their financial situation and, consequently, the government assumed responsibility for the accumulated deficits.

Achieving and maintaining a sound financial situation is necessary if institutions are to provide needed public services. That is why the funds provided in 1998-1999 and 1999-2000 included $907 million to pay off the network's debt.

The government then decided, in its 2000-2001 budget, to both assume responsibility for the network's accumulated deficit of $462 million as at March 31, 2000 and raise on a recurring basis, in the amount of $425 million, the basic budgets of institutions in a deficit position to enable them to start off on the right foot. In addition, the network received $200 million in development funds. All the costs of program growth (salaries, inflation, debt service) were funded in 1999-2000 and 2000-2001. Also, the ministère de la Santé et des Services sociaux submitted bill 107 to the National Assembly. Under this legislation, a public institution is prohibited from incurring a deficit at the end of a fiscal year, and may no longer take out a loan to pay its operating expenses, unless authorized to do so by the Minister.

The general prescription drug insurance program, implemented in 1997, has also incurred significant overruns, in particular in costs for new members, financed by the Fonds de l'assurance médicaments (1.5 million persons insured). These overruns are

attributable to a rise in the gross cost of the plan of about 15% a year, due mainly to an increase in average drug consumption and the introduction of new drugs at generally high prices. The same type of growth is observed in the subsidized program for income security recipients and the elderly. To bolster the viability of the prescription drug insurance plan, the government tabled bill 117, *An Act to amend the Act respecting prescription drug insurance and the Act respecting the Régie de l'assurance maladie du Québec,* in the National Assembly last May 11. The legislation provides for increases in the maximum premiums applicable under the prescription drug insurance plan, though it does not raise the contribution of low-income persons.

Comparable public spending in relation to GDP

As a percentage of gross domestic product (GDP), Québec's public spending on health fell from 6.9% in 1990 to 6.3% in 1999, while remaining comparable with the Canadian average. *From the standpoint of ability to pay*, Québec's public spending on health – including all sources of funding – does not seem excessive on the whole, in the sense that it does not account, as it did in the 1970s and 1980s, for a higher proportion of collective wealth than the average of the other provinces. In 1980, Québec's public spending on health was clearly higher, in relative terms, than in Canada (6.6% compared with 5.5%). In 1999, Québec's public health spending accounted for a greater portion of the public wealth than did Ontario's (6.3% compared with 5.8%).

However, this conclusion does not allow for the division of the tax revenue needed to fund health spending between the federal government and the Québec government, nor for the government's overall financial situation (e.g.: total debt, tax burden, etc.).

Per capita public spending lower than in the other provinces

In 1999, per capita public spending on health was 11.7% lower than the Canadian average, making Québec the province spending the smallest amount per capita on health. This can be explained to a great extent by the fact that remuneration of physicians and other personnel, which accounts for about 80% of the sector's spending, is not as great in Québec as in the other provinces because of Québec's lower ability to pay.

In addition, per capita spending compares only the value of financial resources allocated to health. It does not reflect the various factors that determine the system's actual capacity to satisfy public needs (e.g.: physician and nursing staff levels, number of beds and nursing home spaces, etc.). Accordingly, this indicator is much too blunt to tell whether the amount of money allocated to health in Québec is appropriate, *seen from the standpoint of public needs*.

In this regard, Québec appears to have human and material resources that, in absolute terms, place it in a similar position for meeting the health needs of its population, assuming equivalent distribution and utilization of resources.

Private sector funding accounts for an incidental share of public sector health and social services spending

In 1999-2000, about 9.7% of the gross cost of the entire public health and social services sector was funded from various sources of deductible revenue other than Québec's Consolidated Revenue Fund. However, when certain items are excluded,[2] the private contributions paid by Quebecers amounted to some 7.6% of the gross expenditures of the public health and social services sector in 1999-2000.[3] Accordingly, it is incorrect to maintain, as it is sometimes said, that the private sector covers 30% of Québec's health system spending.

In addition, private contributions are tied to collective rather than private objectives and are not a source of unfairness. They are an inherent part of the funding formula of Québec's public health and social services system.

Private spending as a proportion of total health spending lower than the Canadian average

In 1999, the percentage of total health spending (public and private) funded from private revenue sources was 29.6% in Québec, compared with 24.5% in 1990. This definition of total health spending excludes social services and is independent of the public or private nature of the *producer*.[4]

The task force on the role of the private sector in health, chaired by Roland Arpin, concluded that the change in this percentage during the 1990s was attributable to a marked slowdown in public spending on health, while private spending on health continued to rise, though at a slower rate. The contributions and fees set by the government during the 1990s (e.g.: drug insurance, contributions by adults in nursing homes) were considered necessary to fund *public* services and were applied fairly, taking recipients' ability to pay into account.

Also, some medical and surgical services insured by the public system are now offered on the market (e.g.: laboratory services, cataract treatment). All things being equal, private spending for such services amounts to a very small percentage (less than 1%) of the total.

---

2 For example: contributions by public agencies of Québec responsible for ambulance transportation (SAAQ) and medical services to traffic accident victims (CSST), as well as revenue received by institutions when they bill residents of other provinces or countries.

3 Private contributions, properly speaking, paid by Quebecers to the public system, are essentially contributions paid by adults in lodging centres and supplements for private and semi-private rooms in institutions, premiums and contributions by users for pharmaceutical services, and fees paid by users of ambulance services.

4 Private spending on health includes fees paid by individuals, directly or through their group insurance, for services provided by public institutions (e.g.: private rooms) or under a public program (e.g.: drug insurance). It excludes spending for services provided by the private sector but financed by public funds (physicians' private offices, grants to community organizations, etc.). Accordingly, the public or private nature of the financing is independent of that of the delivery of services.

On a comparative basis, private spending on health in Québec stood at $725 per capita in 1999, 15.4% less than the Canadian average and 28.5% less than in Ontario. In Canada, only Newfoundlanders incur less private spending for health ($603) than Quebecers.

Basic principles maintained, but concerns for the future of the system

Overall, the budgetary and financial results of the 1990s show that the health and social services sector in Québec was able to control its spending, given the basic dynamics of public needs, and that, in spite of the difficult context, the government placed a high priority on the sector's funding.

In addition, when considering the budgetary and financial results, it should be mentioned that the efforts of the 1990s essentially proved effective, in the sense that they helped maintain the basic principles of the system despite the accelerated decline of federal participation. They also helped secure the future of the system by contributing to restore order to Québec's public finances, which remain the system's major source of funding by far.

Quebecers now recognize that the budgetary efforts of the 1990s were necessary to safeguard the system. However, as needs increase, access to health and social services remains one of their chief concerns.

2. BUDGETARY AND FINANCIAL OUTLOOK

Major reinvestment for 2000-2001

To accelerate the consolidation of the system, the government is reinvesting $2.7 billion in health and social services this year to achieve three objectives in the short term.

First of all, the reinvestment will help **pay off the accumulated debt**. Thanks to the grants provided for institutions in a deficit position in 1999-2000, the network begins the 2000-2001 fiscal year debt-free. The reinvestment also **meets the needs of today and secures the future**. With the increase in funding, institutions in a deficit position will be in a more solid financial situation to meet public needs. Lastly, the reinvestment **improves access to services as well as their quality**. The additional funding allocated to satisfy priority user needs and purchase medical equipment will help treat more patients with better quality care.

At the budgetary and financial level, this reinvestment, in addition to pay increases relating to the renewal of collective agreements with public sector employees, will raise the **level** of health and social services spending Québec will have to finance over the coming years.

Accelerating growth in spending ahead

However, the major concern for the future stems from the prospect of accelerating growth in health and social services spending. Pressure will come mainly from demographic changes and technological advances.

Demographic changes

While the same situation is facing all industrialized countries, the ageing of the population will be faster in Québec and the consequences more profound, by the end of the next decade, when the baby boom generation reaches age 65.

While the number of persons over 65 is about 1 000 000 in Québec, it is forecast to rise to about 1 475 000 within fifteen years, an increase of 47%. During the same period, the number of persons 85 or over will grow by 75%. Demographic ageing in Québec will be among the fastest of the industrialized countries.

It is estimated that demographic changes alone could cause health and social services spending, in constant dollars, to rise by half within 25 years, and to double within 50 years. Spending could reach its maximum by about the year 2046, when the number of persons 80 or over will peak. According to some projections, demographic changes could cause health and social services spending to rise by 1.6% a year over the next quarter-century.

The ageing of the population means coming generations will have to bear a heavier financial burden. As the baby boom generations move into the 65-or-over age group, the active population (those 20 to 64) will decline substantially, which will cause the *dependency ratio* to rise. In practical terms, this means that while each person 65 or over is currently supported financially by almost five working age individuals, there will only be about 3.8 people providing that support in ten years, and only about two in 25 years.

Baby boomers enjoy considerably better health than did the generations preceding them. In addition, senior citizens will themselves fund a portion of the expected increase in public spending on health and social services, through the tax system. These factors could curb the increase in spending and mitigate its effects. However, both in terms of system funding and organization of services, it will be impossible to avoid the major consequences of the ageing of the population.

Advances in technology and practice

New generations of drugs and medical imaging, among other things, have helped improve care while at the same time reducing **unit costs** for many treatments (e.g.: shortened hospital stays). However, the new technologies allow more patients to be treated, in particular because care can now be provided for persons who previously could not be treated. For instance, in cardiac surgery, just a few years ago, very few bypasses

were done on patients over 70 years old. With new technology, such operations are now commonplace.

Result: the unit cost savings arising from the use of new technology are generally offset by significant additional costs due to the effect of numbers, producing a net increase in **total spending** on health. Advances in technology and practice are now seen by many authors as the primary source of growth in health costs, more so than demographic changes.

While spending in the health and social services sector was brought under control during the 1990s, indications are that the underlying forces of supply and demand will combine, over the coming years, to accelerate the dynamics of spending growth. Overall, a realistic estimate of the structural pressures that could bear on health and social services spending over the coming decade is between 3%[5] and 3.5% annually in constant dollars, or between 5% and 5.5% in current dollars.[6]

An untenable situation

All indications are that the structural growth rate of health needs exceeds the long-term growth potential of Québec's economy, which could be some 2% annually, on average, from now to 2010.[7] This is all the more likely since the government must make further cuts in Quebecers' tax burden, which remains among the highest on the continent. Reducing the debt load is another collective priority for the years ahead. Also, the importance of providing for other priority needs of Quebecers must be taken into account.

In the medium and long term, the acceleration in spending could exceed our collective ability to pay for health and social services. To illustrate, a difference of from 1% to 1.5% annually between the economy's long-term growth rate and the structural growth in spending in the health and social services sector (i.e. 3% or 3.5% less 2%) could, in ten years, amount to between $2.2 and $3.3 billion.

In the absence of preventive adjustments, this situation could jeopardize the ability of health and social services to meet growing public needs. It could also test inter-generation fairness.

In this context, it is necessary to re-examine the continuing ability of the state to fund the health and social services system according to the current model, as well as the level of taxation or contributions Quebecers are ready to accept for this purpose.

---

5 This minimum assumption estimates the effect of demographic changes at about 1.5% and that of technological advances at 1.5%, without counting the effect of other non-quantifiable factors, such as rising expectations.

6 Under this minimum assumption, the general increase in wages and prices is equal to a rise in the CPI of 2%; implicitly, therefore, it assumes an increase in the cost of remuneration (including the cost of pay scale advancement) and the cost of non-pay expenses of roughly 2%.

7 Information provided by the ministère des Finances du Québec.

3. BREAKING THE DEADLOCK

The health and social services system is faced with a significant funding problem: the federal government is accumulating budget surpluses while the provinces must bear the ever-increasing costs. The system is under heavy pressure from the accelerated ageing of the population and by constant advances in technology, which add a further "turn of the screw" each year.

However, to free the public health and social services system from this straitjacket, financial solutions alone are not enough. Rather, the system's future seems to require a *new balance* involving an adaptation of the existing funding formula, a review of health and social services sector spending and its funding formula, a review of resource allocation procedures and of remuneration methods, and a review of the organization of services to make them more integrated and accessible, and deliver them at lower cost.

Adapt the funding formula of the public health and social services system while maintaining the system's integrity

The deadlock facing the system cannot be resolved without re-examining the collective choices that gave rise to the current balance between the public sector and the private sector in the funding of health and social services. Before suggesting possible solutions, consideration must be given to fundamental issues, such as the collective ability to fund the public health and social services system, the range of services the state must continue to fund and the tax increase the population is prepared to accept for this purpose.

Review spending and the funding framework

Finding a new balance between spending and *overall* funding of the sector seems to require making choices regarding four major types of intervention aimed at:

- reducing the *level* of non-essential or non-priority spending;
- slowing the *dynamics* of spending with high growth potential;
- implementing stable and predictable public funding as well as a fair division;
- eventually setting up a new budgetary and financial framework for the health and social services sector.

Improve resource allocation procedures and remuneration methods

To meet almost unlimited needs with limited resources, the system must ensure that these resources are distributed and used as efficiently as possible. Finding a new balance between spending and the system's *local and regional* funding seems to require:

- for institutions: correction of the weaknesses in distribution of the traditional method of renewing budgets by taking into account the relative needs of the population they serve as well as their economic performance;

- for the regional boards: implementation of responsible management focusing on results to be achieved;

- for human resources: adaptation of methods of remuneration of physicians and of certain clauses of the collective agreements of employees to the needs of an integrated services organization and of work.

Deliver services at lower cost

The organization of services and the organization of work must be such that services are delivered at lower cost. Possible solutions include those that would:

- allow better use of available skills and human resources;

- enable better use of the private sector (individuals, community sector and companies) in the delivery of public services.

The *status quo*, in terms of funding and of organization of services, cannot be maintained for long. To shed light on the approaches to follow, the Minister of State for Health and Social Services, Pauline Marois, has announced the formation of the Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

This Commission has been instructed to hold a public debate on the challenges facing the public health and social services system in Québec and on possible solutions to deal with them. The key objective of this debate is to gather the points of view of the public, of network partners and of organizations representing various trends within society, as well as of experts on the issues raised by the Commission.

Once it has completed its work, it will submit to the government possible ways of ensuring the sustainability of the public health and social services system.

It is to be hoped that this paper on funding will be useful in the discussions on the future of Québec's health and social services system, providing a clearer picture of the ground covered during the 1990s and the major challenges for the years ahead, at both the budgetary and financial levels.

Other publications are available in the **documentation** section of the ministère de la Santé et des Services sociaux Web site at **www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

www.msss.gouv.qc.ca

00-106-5A